治験協力費に関する覚書

受託者香川県立中央病院（以下「甲」という） と 委託者　　　　　　（以下「乙」という）との間において、 年 月 日付けで締結した被験薬　　　　　の治験（以下「本治験」という）に関し、次のとおり、治験協力費に関する覚書を締結する。

１．乙は、治験期間中の被験者負担軽減費として、次の治験協力費を甲を経由して被験者に支払うものとする。

外来：　　　　　　　　　　　　　　　　　円

入院：　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２．甲は、診療月の翌月毎に乙に請求するものとし、乙は、甲の発行する納入通知書により指定する期限までに納入するものとする。

以上の合意の証しとして本書２通を作成し、甲・乙記名捺印のうえ各その１部を保有するものとする。

年 月 日

香川県高松市朝日町一丁目2番1号

甲 香川県立中央病院

　　院長　　　　　　　　　　　　　　　　印

乙

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

年 月 日

上記の契約内容を確認しました。

治験責任医師 （記名捺印又は署名）